

El desafío de envejecer en entornos urbanos:

Las posibilidades de la urbanización para promover un envejecimiento saludable



Cannabis medicinal:
¿Mito o realidad?



Prevención y
detección precoz
del cáncer de piel
en el adulto mayor



1º de octubre
Día Internacional de
las Personas de Edad



SECOM

PRIMER SERVICIO DE COMPAÑÍA DE URUGUAY Y DEL MUNDO



**Consultá por Nuestros Planes a Medida
y comenzá a vivir con el respaldo del Primer
Servicio de Compañía.**

MONTEVIDEO:

Colonia 851 / Tel.: 0800 4584

MONTEVIDEO:

Bv. Artigas 1495 / Tel.: 0800 4584

CANELONES:

Treinta y Tres 329 / Tel.: 4333 2835

CARMELO:

Uruguay 502 / Tel.: 4542 0989

CIUDAD DE LA COSTA:

Av. Giannattasio Km 21.400,
Local 3 / Tel.: 2683 2826

COLONIA:

Alberto Méndez 161 / Tel.: 4522 5257

DURAZNO:

Manuel Oribe 451 / Tel.: 4363 4343

LAS PIEDRAS:

Av. de las Instrucciones del Año XIII 629 /
Tel.: 2365 7599

MALDONADO:

Florida 671, Local 1 / Tel.: 4223 6045

MERCEDES:

Rodó 893 / Tel.: 4533 3186

MINAS:

Domingo Pérez 519 / Tel.: 4443 7169

PANDO:

Av. Artigas 1198 / Tel.: 2292 4584

SAN JOSÉ:

Peatonal Asamblea 649 / Tel.: 4342 2350

0800 4584 | secom.com.uy

actúa en los trastornos neurodegenerativos (como la esclerosis múltiple), ayuda a conciliar y/o mantener el sueño, y está en estudio su acción promotora de la apoptosis (muerte programada) de las células tumorales.

El CBD es analgésico, antidepresivo, ansiolítico, anticonvulsivante, antiinflamatorio, apoptótico y contrarresta los efectos psicoactivos del THC sin sacarle su acción.

Es importante destacar que a pesar de que su origen es la misma planta y la misma parte (la resina), no es lo mismo. Por esto debemos usar productos de cannabis medicinal de los que sepamos su composición y que además sean estudiados para descartar contaminantes como pueden ser hongos, bacterias o metales pesados.



Asimismo, el proceso de indicación del tratamiento con cannabis medicinal siempre debe ser realizado por un profesional de la salud que sepa del tema, ya que como todo medicamento tiene indicaciones, contraindicaciones y puede tener interacciones con otros medicamentos que esté tomando la persona que inicia el tratamiento.



Hay situaciones en el entorno familiar cuya complejidad nos convoca a reflexionar, en primera instancia sobre el modelo de vejez que estamos considerando; en el entendido que el concepto de vejez es una construcción social cargada de prejuicios, y a menudo la identificamos con fragilidad, dependencia y enfermedad. Sin embargo, desde una perspectiva de derechos, la vejez es un devenir, un continuo de vida donde nacemos, vivimos y envejecemos. Somos personas, y como tales, la etapa vital que estemos transitando no puede implicar una pérdida o disminución de nuestros derechos.

Ser persona mayor en un contexto familiar con adicciones

Aporte desde APGU Asociación de Psicogerontología del Uruguay

Las adicciones

Al pensar en adicciones generalmente pensamos en drogas, pero el concepto de adicción es mucho más amplio y complejo, la adicción implica la pérdida de control en el consumo de sustancias o en la práctica de determinadas conductas que en un principio pueden resultar gratificantes pero que paulatinamente se van apoderando y dominando los distintos aspectos de la vida de una persona. Hablamos de contexto de adicción pensando en aquellas familias a las cuales afecta esta problemática, y en particular a las personas mayores que viven dicha situación en su contexto familiar.

¿Cómo impactan las adicciones en los contextos familiares de las personas mayores? Para responder esto recurrimos a la Asociación de Psicogerontología del Uruguay donde algunas de sus socias hacen referencia a pacientes y/o usuarios que transitan esta difícil realidad.

La psicogerontóloga Rita Racciatti refiere a una paciente que vive con su nieto adicto a las drogas, plantea una situación de maltrato, manipulación y agresión verbal en los periodos de abstinencia. La paciente relata sentirse angustiada y preocupada por la salud de su nieto.

La Psic. Leticia Díaz Debenedetti señala al respecto, que la adicción es una problemática multideterminada, que por el vínculo produce sentimientos de ambivalen-

cia afectiva, dependencia emocional y/o económica, de alianzas y/o tensión entre la persona con adicción y los diferentes integrantes de la familia, y de estos entre sí. El deseo de «querer salvar» a la persona con adicción, hace que se inviertan los roles y desdibujen los límites. Convirtiéndose muchas veces en intentos fallidos, debido a que no es posible apoyar a alguien que en ese momento no quiere ser «salvado». Progresivamente se van naturalizando estas pautas de relacionamiento, que de alguna manera permiten que se siga sosteniendo la conducta adictiva y afectan la salud. Por ello se recomienda a quienes se encuentran transitando una situación de consumo problemático de algún miembro de la familia o allegado, buscar orientación profesional.

Por otro lado la Psic. Paula Dodera hace referencia a los sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza o inseguridad que pueden existir, cuando la persona mayor se ve en una situación de vulnerabilidad o maltrato de la que se le dificulta encontrar una salida.

Coincide con la Psic. Ángeles Couselo en que la psicogerontología trabaja desde una perspectiva tomando contacto con los derechos y deseos de las personas mayores de acuerdo con la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores (2015); reconociendo su derecho a decidir sin presiones emocionales lo que desean y fundamentalmente cómo desean vivir.

Aumento de la esperanza de vida: Un fenómeno para saludar con alegría, pero que nos desafía



Residencias para adultos mayores. Estado de situación en Uruguay.

En el mes de mayo en la Sede Uruguay de CAF - Banco de Desarrollo de América Latina, se realizó el conversatorio «Residencias para adultos mayores. Estado de situación en Uruguay».

El evento contó con la presencia del presidente de Fundación Astur, Enrique Iglesias; el gerente del Centro San Camilo de España, José Manuel Martínez Galán, y el

representante de CAF en Uruguay, Francois Borit. Asimismo, participaron en un conversatorio posterior a la apertura y la conferencia central de Martínez Galán, Mario Sánchez (especialista principal en Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo - BID), María Troche (gerente de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social - BPS), Alejandro López (profesor especialista en Gerontología de la Universidad Católica del Uruguay - UCU), Alejandro Cámpora (asesor letrado del Ministerio de Desarrollo Social - MIDES) y María Luján Giudici (subdirectora general de la Salud del Ministerio de Salud Pública - MSP). El evento contó con Facundo Ponche de León como presentador y moderador.

Las palabras iniciales estuvieron a cargo de Francois Borit, en su rol de anfitrión, quien jerarquizó la trascendencia de este tipo de intercambios, considerando importante el porcentaje de personas mayores en el Uruguay y el papel que han de tener las instituciones, tanto financieras, como CAF y sociales, para promover programas e iniciativas que garanticen los derechos y una mejora de las condiciones de vida de este colectivo.

El gerente del Centro de Humanización San Camilo de España -institución aliada de Astur, particularmente en la formación de formadores y personas dedicadas al cuidado-, José Manuel Martínez Galán, se refirió a las características del nuevo modelo de atención a personas mayores dependientes, entre ellas, la desinstitucionalización. También planteó algunas de las características del modelo presente y futuro de residencias en España, buscando jerarquizar aquellas capaces de ser replicadas en Uruguay.

El modelo español actual es de 2008 y tiene muchas similitudes con la normativa vigente en Uruguay. Se basa en una normativa muy específica de aspectos a cumplir para la acreditación, tanto en lo que hace a la planta física como a los servicios que se ofrecen, y profesionales que allí trabajan. También, en una inspección de los centros periódica que permita asegurar que la calidad del servicio se mantiene y que la cantidad del personal en relación con los usuarios se respeta.

«Lo que se pretende es aumentar el número de ayudas, de servicios que se le puedan prestar a una persona dentro de su entorno social y del domicilio, de manera de ralentizar su entrada a las residencias. Es decir, que las residencias sean el último recurso al que acudir para las personas mayores con dependencia», expresó Martínez Galán. De ahí, agregó, la importancia de potenciar los servicios de ayuda a domicilio, mejorar los

centros de día, la teleasistencia, la prevención y promoción de la autonomía y servicios comunitarios.

Por otra parte, se refirió a una transformación del modelo vigente actualmente en España, hacia otro caracterizado por unidades de convivencia pequeñas, de entre 5 y hasta 25 personas mayores, buscando que cada vez más se instalen habitaciones individuales que preserven la intimidad.

«Son como residencias pequeñas dentro de una residencia marco. Es por donde va el modelo actual, un poco más parecido a lo que los países de Europa del Norte llaman *co-housing*», explicó.

Asimismo, como parte del nuevo modelo, mencionó la importancia de establecer un profesional de referencia dentro de las residencias. «Es decir, profesionales que generan relaciones de confianza entre el propio residente y su familia», sostuvo, lo que implica acompañarlos en la formulación y concreción de su proyecto vital y defender su voz y derechos, así como la creación de órganos de participación y toma de decisiones colectiva que incluyan a las personas mayores.

En tal sentido resaltó la importancia de lo que se denomina AICP, Atención Integral Centrada en la Persona, «que no es ni más ni menos que poner a la persona en el centro de los cuidados», dijo.

Paralelamente, habló de la necesidad de hacer foco en la formación, que debe ir aliada con el modelo de AICP, «de forma que ayude a gestionar de manera positiva y respetuosa situaciones conductuales de difícil gestión, como se dan cuando una persona está en situación de dependencia», comentó, enfatizando la formación en torno a derechos, dignidad y buen trato a la persona mayor, ya que más allá de las capacidades técnicas, las actitudes y capacidades comunicativas, resultan claves para la atención.



Desde el BID, Mario Sánchez, destacó el trabajo y la trayectoria uruguaya en relación con la instalación del Sistema de Cuidados para garantizar derechos, y los avances en lo que hace al registro y regulación de los ELEPEM respecto a la calidad de la atención, aspecto que también valoraron Alejandro Cámpora por el MIDES y María Luján Giudici por el MSP. En tal sentido, se señaló como un desafío clave y camino a seguir recorriendo, la coordinación interinstitucional entre ambos ministerios, ya que la actual reglamentación requiere de una doble habilitación y supervisión para los ELEPEM.

La Dra. Giudici destacó que a nivel del MSP se está en pleno desarrollo de una herramienta informática que permita una sistematización más sencilla de los datos de los ELEPEM en lo que hace a usuarios, personal y aspectos administrativos, que permitirá tener datos actualizados. Tanto Cámpora como Giudici también destacaron que la pandemia trajo el desafío de poder relevar y acceder a los ELEPEM de forma rápida, tanto para la vacunación como para atender situaciones de emergencia, lo que implicó un trabajo coordinado entre

ministerios y con las instituciones de atención médica y servicios de emergencia, que dejó un importante insumo al permitir construir un mapeo más completo de los ELEPEM existentes.

Desde el auditorio, cuya activa participación enriqueció el intercambio, se manifestaron como desafío cotidiano las limitaciones económicas para la habilitación, poniendo como ejemplo el proceso frente a la Dirección Nacional de Bomberos o el logro de la ratio de la reglamentación vigente. En tal sentido, desde las autoridades presentes en el Conversatorio, se señaló que es un aspecto que se tiene en cuenta y que se están dando pasos para agilizar los trámites tanto entre ministerios como con las otras instituciones involucradas en los procesos de apertura de centros.

La representante del BPS, María Troche, enfatizó el importante trabajo que realizan instituciones sin fines de lucro a cargo de Asociaciones Civiles en hogares de personas mayores, para brindar alojamiento a personas que en su mayoría cuentan con muy bajos recursos y escaso soporte

familiar, sobre todo en los departamentos del interior del país. En esa línea mencionó que a diferencia de lo que puede pasar en Montevideo, los hogares, tienen una fuerte inserción y articulación comunitaria, poniendo como ejemplo, los de Colonia o el Litoral.

Desde el ámbito académico, se señaló en el evento que hay dos desafíos que nos interpelan como sociedad en relación a la mejora de la situación de los ELEPEM en el país. Uno se relaciona con la visión social negativa de la vejez que predomina en Uruguay y que adquiere connotaciones aún peores en lo que hace al rol de los ELEPEM, sobre quienes allí trabajan y a quienes atienden. Esta perspectiva parcial, sitúa a quienes allí viven en un lugar invisibilizado y de mayor vulnerabilidad y no deja ver la importancia de los ELEPEM en el entramado social.

El otro se vincula con la formación y profesionalización de los cuidados, revalorizando la tarea y a quienes la ejercen, que son en su mayoría mujeres y en muchos casos jefas de hogar. Exigir la capacitación de quienes cuidan a todo nivel (autoridades, técnicos, responsables de ELEPEM, cuidadoras y cuidadores) es condición para garantizar el ejercicio de derechos y tender a un modelo de atención desde la AICP, aspecto que contó con el consenso de los asistentes.

En relación con este último tema, el Curso de Atención a la Dependencia, impulsado por la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, resulta un antecedente de valor señalado por todos, pero con el acuerdo de que requiere seguir avanzando hacia una mayor especificidad en lo que hace al abordaje de personas mayores, particularmente en ámbitos que tienen desafíos particulares como los ELEPEM. Esto implica tanto formación continua como supervisión de las prácticas cotidianas para asegurar la calidad del servicio en el tiempo.

Al cierre del evento, el presidente de Fundación Astur, Enrique Iglesias, dirigió unas palabras y

opinó que este tema «va a seguir creciendo».

«Como dicen las estadísticas en este momento tenemos el 15 % o 16 % de la población del país integrada por mayores de 60 años. Vamos a llegar en las próximas décadas al 25 % de la población de la humanidad con más de 65 años. Lo cual es una gran dicha, pero también aumentan los problemas de la economía y la sociedad para hacer frente a ese fenómeno que nos depara el futuro», expresó.

En tal sentido, sostuvo que el incremento de esta población va a implicar tomar medidas respecto a qué hacer con el envejecimiento activo. «Hay mucha gente que quiere seguir haciendo cosas, y tenemos que ver cómo conciliamos eso con los problemas del retiro y de la vejez en la vida de las personas», expresó.

También reflexionó acerca de los avances que ha tenido la humanidad, y en este sentido se refirió al aumento en la esperanza de vida. «Desde la época de Cristo hasta el año 1945, subió 15 años, mientras que en los últimos 75 años la esperanza de vida subió de 45 a casi 70 años de edad, es decir 25 años (...) «Es decir que el mundo se tomó 2000 años para crecer 15 años en su esperanza de vida, y en los últimos 75 ha crecido más que eso», dijo.

«Es un fenómeno que hay que saludarlo con gran alegría, que desafía al Estado, ciertamente al sector del voluntariado, que es enorme y creciente, y desafía al empresariado. Es decir que estamos ante un desafío que hay que abordarlo en distintas áreas», añadió.

Para concluir el evento, Iglesias destacó la importancia de este tipo de intercambios y el rol que tanto el Estado, como la sociedad civil organizada, por ejemplo, a través del trabajo de la Fundación, tienen para proteger los derechos y mejorar la calidad de los cuidados que reciben las personas mayores que viven en ELEPEM.

Rehabilitación en el Adulto Mayor



En una entrega anterior se abordó en su generalidad el tema de rehabilitación, actividad física y ejercicio en el adulto mayor. Continuando con el desarrollo de esta temática es interesante el abordaje de puntos específicos vinculados a la rehabilitación en esta etapa de la vida.

Rehabilitación en la disminución de la movilidad, equilibrio y marcha

Productos de Ayuda

La declinación funcional provoca alteración en el equilibrio y la marcha, siendo en

ocasiones necesario para la rehabilitación incorporar productos de ayuda (bastones convencionales, canadienses, de tres o cuatro apoyos, andadores convencionales, con ruedas delantera o cuatro ruedas).

En la prescripción de los mismos es fundamental la valoración del médico rehabilitador acerca del producto de ayuda necesario. Si el producto no garantiza la estabilidad necesaria, se mantendrá el riesgo de caídas, en tanto que de ser de mayor estabilidad que la requerida, representa un obstáculo en la movilidad, con disminución en la velocidad de la marcha y mayor costo energético en su propulsión.

La movilidad personal es un derecho humano fundamental, según el artículo 20 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Para las personas con problemas de movilidad, una silla de ruedas es una tecnología de asistencia esencial. El suministro de sillas de ruedas es una intervención multifacética y compleja, que requiere que el proveedor considere la interacción de la persona (componentes físicos, cognitivos y afectivos), el entorno (físico, social, institucional) y las actividades de elección (cuidado propio, productividad y ocio). La provisión adecuada de sillas de ruedas aborda las barreras que comprometen el funcionamiento, la independencia y el bienestar de la persona. La provisión inadecuada de sillas de ruedas puede resultar en peores resultados de salud (con complicaciones fisiológicas y lesiones por presión), disminución de las capacidades funcionales, disminución de la calidad de vida, aislamiento social, exclusión, e incluso la muerte.

Para promover las mejores prácticas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó pautas para el suministro de sillas de ruedas en 2008, en las que describieron un proceso de ocho pasos: derivación y citación; evaluación; prescripción; financiación y pedidos; preparación del producto; montaje; formación de usuarios; y seguimiento, mantenimiento y reparaciones; como forma de garantizar los mejores resultados.

Rehabilitación en enfermedades reumáticas

El número de personas mayores con enfermedades reumáticas aumentará constantemente los próximos años. Dos aspectos importantes cobran especial relevancia: la multimorbilidad y la prevención de discapacidad.

El tratamiento farmacológico pilar en la gestión de la rehabilitación es constantemente investigado y, por lo tanto, constantemente mejorado. Sin embargo, la multimedicación en pacientes mayores multimórbidos es difícil de manejar por las interacciones, debiendo reducirse incrementando las medidas no farmacológicas de refuncionali-



zación. Esto es especialmente importante para los pacientes después de someterse a una cirugía (prótesis cadera, por ejemplo): deben estar en la cama lo menos posible.

La activación de los pacientes puede ser lograda particularmente por el ejercicio físico regular y las terapias ocupacionales. Dentro del ejercicio terapéutico, existen opciones recomendables como es el caso del Tai Chi.

Rehabilitación del paciente oncológico

La actividad física y la prevención del cáncer

La relación entre la actividad física (AF) y el tumor ha sido objeto de muchos estudios; una de las neoplasias malignas más estudiadas es el cáncer de colon.

La AF puede influir en el desarrollo del cáncer de colon al mejorar el balance energético y al disminuir el tiempo de exposición a carcinógenos potenciales del colon, aumentando la velocidad del movimiento intestinal. La AF asimismo beneficia modificando factores inflamatorios e inmunitarios que son involucrados en el origen del cáncer de colon.

Las personas mayores que aumentan su AF en intensidad, duración o frecuencia, pueden reducir el riesgo de cáncer de colon de un 30 a 40 % independientemente de su índice de masa corporal. La mayor reducción se da en los más activos.

Se ha establecido que 30 a 60 minutos de AF diaria moderada-intensa tienen un efecto protector.



Las mujeres activas tienen asimismo menor riesgo de desarrollar cáncer de mama que las sedentarias, tanto en mujeres premenopáusicas como en posmenopáusicas. El riesgo de cáncer de mama estaría inversamente correlacionado con el aumento de la frecuencia y duración del ejercicio físico y, a pesar de que para las mujeres el aumento de la actividad física después de la menopausia puede redundar en una reducción en el riesgo, es mejor practicarla durante toda la vida.

Treinta a sesenta minutos al día de ejercicio de intensidad moderada a alta son suficientes para reducir el riesgo de cáncer de mama.

El rol de la nutrición en la rehabilitación del adulto mayor

Los individuos con problemas ortogeriátricos (enfermedades del aparato locomotor) integran uno de los grupos más frecuentes dentro de la geriatría con connotaciones particulares en su enfoque nutricional, en vistas a intervenciones en rehabilitación.

Pueden asociar enfermedades neurológicas que determinen dificultades para tragar determinando problemas nutricionales.

La disalimentación engloba tanto la carencia nutricional como el sobrepeso u obesidad si bien se considerará la primer situación.

La prevalencia del riesgo de problemas de desnutrición se sitúa entre 38 y 68 %.

La desnutrición es un factor que aumenta las posibilidades de caídas y fracturas. Determina asimismo peores resultados en rehabilitación y calidad de vida.

La conciencia del problema nutricional en este grupo es baja en los pacientes frágiles.



El manejo de la situación con aporte de macro y micronutrientes debe contemplar las preferencias y posibilidades del paciente, así como un aspecto fundamental que es la ingesta de líquidos.

La sed disminuye al envejecer y, por lo tanto, la ingesta de líquidos, la producción de orina y la necesidad de ir al baño, ya sea con o sin asistencia. Esto conlleva un mayor riesgo de deshidratación, que puede determinar estreñimiento, insuficiencia renal, caídas y delirio.

Lo anteriormente considerado interfiere en una correcta planificación de una estrategia rehabilitadora óptima.

Rehabilitación de la incontinencia de orina (Piso pélvico)

La incontinencia urinaria tiene una alta prevalencia, a menudo se subestima y no es inevitable en las personas mayores.



El tratamiento inicial de la incontinencia urinaria incluye el reentrenamiento de la vejiga y la rehabilitación del suelo pélvico (biorretroalimentación, estimulación eléctrica y ejercicios del suelo pélvico).

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es el tratamiento terapéutico inicial y la estrategia más importante.

La terapia farmacológica se utiliza asimismo en la rehabilitación del suelo pélvico, principalmente en el tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia.

Ante el fracaso de este abordaje inicial se podrá considerar la resolución quirúrgica como opción de tratamiento.

Rehabilitación del paciente amputado adulto mayor

La incidencia de enfermedades vasculares de sus piernas representa el 80 % de las amputaciones de miembros inferiores. Asimismo los amputados vasculares son, más comúnmente, sujetos mayores de 65 años. Con frecuencia, el estado de salud general de estos pacientes amputados se ve comprometido por enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y diabetes con impacto en la visión o neurológico. Esto determina niveles funcionales limitados por su costo energético y capacidad de marcha limitada.

Se determinan así individuos no pasibles de ser protesiados y, en el extremo opuesto,

pacientes equipables con posibilidades de actividades de mayor exigencia. Un aspecto importante es que «a priori todo individuo es pasible de equipamiento en el menor tiempo posible luego de la amputación».

Los pacientes adultos mayores tienen una alta probabilidad de usar una prótesis cuando tienen una deambulación independiente después de la amputación sobre rodilla, sin dolor fantasma, y deben ser considerados para el entrenamiento protésico.

Todo lo anterior enfatiza la importancia de una evaluación clínica cuidadosa del paciente por un equipo multidisciplinario para, en primer lugar, evaluar el potencial real de un tratamiento protésico y, en segundo lugar, definir una rehabilitación protésica específica y personalizada, posiblemente en colaboración con especialistas en psicología médica y trabajo social.

La probabilidad de éxito aumenta y la duración del tratamiento protésico-rehabilitador disminuye si se realiza una intervención rehabilitadora preprotésica con objetivos de preservar la movilidad de las articulaciones remanentes y prevenir posturas incorrectas (muñón flexionado), que siguen después de un periodo prolongado de reposo en cama o silla de ruedas, frecuentes en amputados adultos mayores. Además se modelará y preparará el muñón para la prótesis y se prevendrá el riesgo de caídas del individuo.

Idealmente la aplicación de la primera prótesis debe realizarse poco tiempo después de la amputación, entre la octava y décima semana, en ausencia de complicaciones, con el objetivo de acelerar la recuperación de la marcha y evitando los efectos del síndrome inamovilidad.

Este objetivo se puede lograr mediante la aplicación de prótesis temporales; sin embargo, esta categoría de prótesis tiene poco en común con el dispositivo protésico definitivo, tanto teniendo en cuenta el sistema de suspensión (musleras, etc.) como el encaje, que son poco o nada personalizables.

Más proyectos que recuerdos

Luego de jubilarse Tabaré creó varios emprendimientos. Además, pinta e integra un club social para adultos mayores

Tabaré Ribas tiene 78 años, tres hijos y nueve nietos. Aunque se recibió de contador, la vida le fue mostrando que lo suyo era el área empresarial y gerencial. Hoy, a pesar de haberse jubilado hace años de su empleo de toda la vida, tiene más actividad que en aquel entonces.

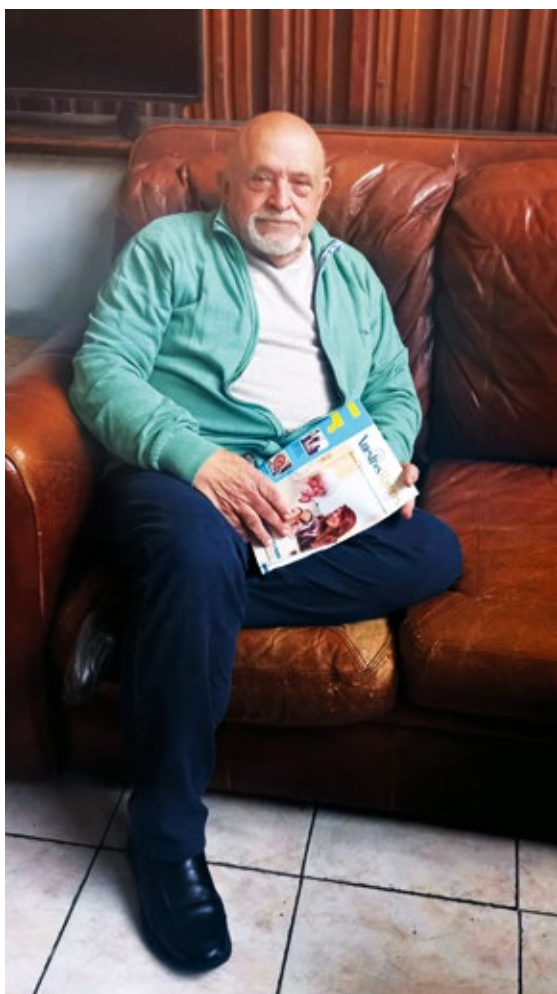
Aunque nació en Montevideo, pasó toda su infancia y adolescencia en Salto hasta que, a los 18 años, volvió a la capital a estudiar.

En ese entonces se alojó en la casa de un tío que lo marcó, no solo por su generosidad, sino también en la profesión, ya que era contador.

«Si bien hace 60 años que estoy en Montevideo, cuando estoy entrando a Salto siento que estoy llegando a casa», comenta Tabaré, que varias veces por año necesita ir a darse «una inyección de terruño».

«Usted podría haber sido cualquier cosa, menos contador», le dijo una psicóloga cuando fue a hacerse un test vocacional. Lo suyo hubiera sido elegir cualquiera de las ramas de la creatividad, y aunque esto se lo dijeron cuando ya había terminado contabilidad, tuvo la habilidad de utilizar las herramientas de esa profesión para crear varios emprendimientos.

Su vida laboral transcurrió en Laboratorios Andrómaco, donde entró «de mandade-



ro con una motoneta» y salió «de gerente general». Pero, una vez que se jubiló, al contrario de lo que podría pensarse, siguió trabajando igual o aún más que antes.

Buscando tener una actividad económica que lo redituara después de su retiro, primero fundó un residencial, luego una clínica, y más recientemente comenzó a presidir el Club Social Silver Gate, dirigido a adultos mayores.



El club se ubica en el barrio Pocitos, en la calle Jaime Zudáñez. Al día de hoy tiene 25 socios colaboradores, hombres y mujeres, que se reúnen a jugar al billar, a las cartas, a juegos de mesa o simplemente a socializar. El principal objetivo de este espacio es que los adultos mayores tengan la posibilidad de mantenerse en actividad, ejercitar el cuerpo y la mente.

En los últimos años se han hecho importantes mejoras edilicias y las puertas del Silver Gate siempre están abiertas para recibir a nuevas personas que deseen integrarse.

La última incursión de Tabaré fue comenzar a integrar, al igual que en su momento lo hizo su tío, la directiva de Wanderers,

cuadro del que es hincha.

El contacto con Fundación Astur comenzó hace varios años, cuando detectó que no había una gremial de propietarios de residenciales en funcionamiento. Fue así que reactivó y comenzó a integrar la directiva de la Asociación de Residenciales del Adulto Mayor (ADERAMA), que si bien ya existía formalmente, no estaba funcionando de forma activa.

«Tomé contacto con Astur, que tenía ese foco puesto en el adulto mayor, siempre con ganas de hacer cosas juntos, porque tengo una especial simpatía por la Fundación y por Enrique Iglesias en particular», señala.

El vínculo con la Fundación continúa al punto de que actualmente están iniciando un proyecto, replicado de una universidad australiana, donde coparticipan el residencial del cual es propietario, un jardín de infantes y la Universidad Católica del Uruguay (Ucudal) que llevará adelante la investigación.

«Estamos en proceso de desarrollo de una actividad intergeneracional, donde los niños del jardín van a hacer actividades conjuntas en el residencial», comenta Tabaré.

Es que tal como él dice: «los veteranos mientras tengamos más proyectos que recuerdos, nos mantenemos vigentes».

Siempre que tuvo deseos de hacer o emprender en algo, lo hizo. Sin embargo, cuenta que tiene pendiente instalar un lavadero donde poder emplear a jóvenes con Síndrome de Down. Es una aspiración muy concreta, motivada en cierta medida por una de sus nietas, que tiene el síndrome.

«Es una experiencia que ya se está haciendo en Maldonado con mucho éxito. En mi caso tengo un muy buen cliente que es el residencial, tengo el local y tengo las ganas», comenta.

El misterioso puente

Tabaré relata que el gusto por la pintura fue una inclinación que tuvo desde chico. Fue así que estudió caricatura primero, y luego pintura en un taller con Sisto Pascale, al que sigue asistiendo después de 20 años.

«Me gustó porque tiene un sistema de pintar desde el arranque, sin pasar por toda la parte teórica de Historia del Arte. Después sí, me surgió la inquietud y me puse a leer Historia del Arte por mi cuenta, al revés de como se hace normalmente en las academias», dice.

Aunque hace muchos años que pinta cuadros, no acostumbra a venderlos, salvo una excepción que esconde la historia de un puente muy peculiar.



En cierta ocasión, el docente propuso una serie de fotos para a partir de ellas pintar un cuadro. Tabaré eligió una donde aparecía un antiguo puente. Con los días supo que ese puente, hoy en desuso, se ubica en el Prado junto al Jardín Botánico.

Primero una señora que tenía recuerdos familiares en ese sitio, se ofreció a comprarle el cuadro. Luego, un amigo suyo publicó un libro donde mencionaba ese mismo puente.

Finalmente Tabaré accedió a «vendérselo» a su amigo. En realidad, el trato fue que su amigo se quedaba con el cuadro y a cambio hizo una donación a una ONG.

El caso es que el profesor le hizo notar que en la base del puente había dibujado, de manera involuntaria, el contorno de la Virgen Madre, imagen que su nieto pequeño reconoció cuando vio el cuadro en la computadora.

Tabaré no sabe cuál va a ser el próximo capítulo en la historia de este cuadro, pero sí reconoce que el puente en el Prado tiene una mística particular.

Sudoku

Los sudoku son un pasatiempo basado en números que se popularizó en Japón en los años 80, cuyo objetivo es rellenar una cuadrícula de 9×9 celdas (81 casillas) dividida en subcuadrículas de 3×3 con las cifras del 1 al 9 partiendo de algunos números ya dispuestos en algunas de las celdas. Se consideran beneficiosos en personas mayores para la estimulación cognitiva de la atención y la concentración. A continuación, le dejamos dos, con diferente nivel de dificultad.

7		4	9			1		
	9		2			8		4
	1		7		4		5	
		9		7	2	5		
1	8						3	9
		3	1	8		4		
	6		8		3		9	
3		5			7		8	
		8			5	3		2

8		6		3		7		5
			4			1	9	2
			5	4				6
3			1		6			9
4				2	9			
1	5	3			2			
6		4		8		9		7

Sopa de letras

Le proponemos en esta sopa que encuentre 20 palabras correspondientes a medios de transporte en el sentido amplio, sean estos tan habituales como un *autobús*, hasta otros no tan convencionales, como un *tractor*.

D	I	T	R	O	L	E	B	U	S	E	N	C	A	R
A	N	R	U	G	E	V	I	L	O	D	A	I	F	E
T	S	E	M	U	C	A	C	T	L	N	H	R	A	S
E	Q	N	A	J	H	T	G	O	O	D	E	V	Ñ	P
N	U	C	R	O	O	C	R	A	B	I	I	S	O	E
I	L	E	T	A	X	I	P	A	D	O	O	T	S	T
T	R	O	N	T	O	L	E	M	N	A	L	E	R	O
A	M	B	I	E	N	C	R	E	S	V	C	G	U	Y
P	E	I	C	L	U	S	A	T	R	E	I	N	D	A
C	L	A	N	C	H	A	B	R	O	T	C	A	R	T
E	S	N	T	I	F	M	E	O	R	D	I	J	X	E
Z	I	T	R	C	E	N	Y	S	A	O	R	D	H	N
O	F	O	C	I	R	E	F	E	L	E	T	C	A	R
A	U	T	O	B	U	S	I	H	U	R	O	N	F	O
P	E	A	S	T	R	E	A	B	A	C	I	A	M	U

●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>
●	<input type="text"/>	●	<input type="text"/>

Si necesitas ayuda, las soluciones para los pasatiempos están al pie de la página 33.



Prevención y detección precoz del cáncer de piel en el adulto mayor

El cáncer de piel es, por lejos, la neoplasia más frecuente en Uruguay y en el mundo, representando el 20 % de los cánceres del ser humano.

Importancia del Tema

En Uruguay se registran actualmente 2.255 casos por año, lo que corresponde a 9 diagnósticos por día. En relación a la mortalidad, el cáncer de piel en general es responsable anualmente de más de 130 muertes en nuestro país, con un promedio de 3 personas por semana.

Estas cifras ubican al Uruguay como el país con mayor incidencia y mortalidad por cáncer de piel en Latinoamérica.

Dra. Abril Rusch

Residente de la Cátedra de Dermatología.

Dr. Julio Magliano

Médico dermatólogo. Prof. Adjunto de Cátedra.

Jefe de la Unidad de Cirugía Dermatológica de la Cátedra de Dermatología Médico Quirúrgica. Hospital de Clínicas

Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. UdelarR

La incidencia se encuentra en aumento, quintuplicando el número de casos en comparación con hace 20 años, afectando sobre todo a mayores de 40 años de edad y de sexo femenino. El aumento en la mortalidad se debe sobre todo al diagnóstico y tratamiento tardíos, lo que asocian además un aumento de cirugías y terapias más agresivas con un alto costo para el Sistema Nacional de Salud.

¿Cuáles son los cánceres de piel más frecuentes y cuáles afectan más frecuentemente al adulto mayor?

Existen tres tipos principales de cáncer de piel denominados carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) y melanoma (MM).

El CBC es el cáncer más frecuente del ser humano y de la piel, pero el que presenta menor riesgo de diseminación a otros órganos. Se caracteriza por una gran malignidad local y capacidad de invadir la piel y, sin tratamiento, puede progresar invadiendo músculo y hasta hueso.

El 80 % aparece en cara y cuello, siendo más frecuente su aparición en la nariz. Este tumor se origina a partir de piel sana, por lo que no presenta lesiones premalignas que adviertan de su futura aparición.

Su principal causa es la exposición solar, y específicamente aquella intermitente, con cortos periodos de grandes exposiciones intercalados con periodos de poca exposición solar, como ocurre en nuestro país en los meses de verano o frente a las vacaciones en zonas de playa.

El CEC es el 2.^{do} cáncer más frecuente. Tiene la capacidad de invadir no solo a nivel de la piel, sino también a los ganglios linfáticos que drenan la zona donde asienta, lo que le confiere mayor malignidad.

Crece sobre piel de zonas expuestas al sol y con daño por el mismo, ubicándose en el 80 % de los casos en la cara, cuello y dorso de manos.

Se relaciona fuertemente con la exposición solar crónica, por lo que afecta a aquellas personas que trabajan al aire libre o pasan la mayoría de sus días al sol, y sobre todo a personas mayores a 70 años, siendo por ende el más frecuente entre los adultos mayores.

En la mayor parte de los casos de los casos evoluciona a partir de lesiones premalignas, como es la queratosis actínica.

El melanoma ocupa el tercer lugar en frecuencia, luego de CBC y CEC, pero el 1.er lugar en número de muertes. Es el cáncer más frecuente en los adultos jóvenes entre 25 y 29 años. Se presenta en su mayoría en pacientes mayores de 40-50 años de edad.

Se caracteriza por su gran capacidad de diseminarse y dar metástasis a otros órganos, y si no es diagnosticado y tratado a tiempo, puede producir la muerte, siendo por ende de vital importancia un diagnóstico y tratamiento precoz con el fin de minimizar su morbilidad y la mortalidad.

Su principal causa es la exposición solar intensa e intermitente, y sobre todo cuando se producen quemaduras en la infancia y adolescencia.

El 60 % aparece sobre piel sana y el 40 % restante surge a partir de un nevo o lunar.

¿Cómo prevenir el cáncer de piel? ¿Estas medidas son útiles en el adulto mayor?

La fotoeducación y la fotoprotección constituyen las principales medidas de prevención, y tienen como objetivo prevenir el daño que ocurre en la piel como resultado de la exposición a la radiación ultravioleta. Por tanto, las estrategias para disminuir el riesgo de padecer cáncer de piel se centran en la disminución del tiempo global de exposición y educación del paciente sobre fotoprotección.

La fotoprotección es una conducta, y se refiere a no exponerse al sol, pero, como sabemos existen pacientes que por diferentes motivos deberán exponerse al mismo, situaciones para las cuales deberán protegerse de las radiaciones ultravioletas (RUV) con varias medidas, entre las que se destacan:

- No exponerse entre las 11.00 y 17.00 h, horario en el cual la radiación ultravioleta se encuentra en un índice más alto y por tanto más agresiva.
- Evitar exponerse al sol directamente, buscando siempre estar a la sombra.
- Utilizar ropa adecuada, siendo de preferencia la ropa de nylon, polyester, lana o seda, de colores oscuros, trama apretada y mangas largas. Utilizar sombreros de alas anchas, que protegen la cara, pabellones auriculares y cuello, y lentes de sol con protección para rayos ultravioleta B (UVB) y ultravioleta A (UVA).
- Usar protector solar que presente protección para UVA y UVB (amplio espectro), con un factor de protección que sea mayor o igual a 30, sobre todo en las zonas del cuerpo más expuestas. Este debe colocarse 30 minutos antes de exponerse al sol y repetir cada 2 horas con piel seca, o cada hora si se sumerge en agua repetidas veces o si se suda mucho. Debe usarse todos los días, incluidos los que esté nublado.

Aunque la amplia mayoría de los individuos considera que cuenta con información suficiente sobre cómo protegerse del sol, la mayoría se fotoprotege únicamente en ocasiones especiales y emplea el protector solar como principal medida de fotoprotección. El empleo de pantalla solar como única o principal medida de fotoprotección es insuficiente, y depende de múltiples factores como el factor de protección, la cantidad empleada y la reaplicación. Incluso se ha visto que el empleo de protector solar genera una falsa sensación de seguridad y aumenta el tiempo de exposición solar.

A pesar de que se crea que en pacientes mayores la fotoprotección ya no tiene sus efectos positivos, dado que el acumulo de daño solar ya existe, se ha demostrado que el cumplimiento de las medidas de fotoprotección no solo disminuirán el fotoenvejecimiento sino que también colaborarán en

la prevención de la aparición de otros cánceres de piel, sobre todo aquellos directamente relacionados con la exposición solar crónica, como el CEC.

De igual manera es de vital importancia recomendar a toda la población adulta que transmita toda la información conocida de fotoprotección a sus hijos y especialmente a sus nietos, donde estas medidas disminuirán francamente el riesgo de padecer cáncer de piel.

¿Cómo se realiza un correcto autoexamen de piel?

Para la población general, estar atentos y saber cómo detectar el cáncer de piel disminuye enormemente el riesgo de diagnóstico tardío de una lesión maligna. Por ello es de vital importancia saber valorar nuestra piel, y en caso de detectar cualquier lesión sospechosa, rara o diferente al resto, realizar una consulta rápidamente al dermatólogo.

Se recomienda establecer la rutina de autoexplorarnos la piel todos los meses de forma regular, en busca de nuevas lesiones pigmentadas y cambios o anomalías en lesiones previas que puedan hacernos sospechar de una posible lesión maligna.

Para realizar un correcto autoexamen se recomienda explorar la piel en su totalidad, examinar la plantas de los pies, piernas, espalda, abdomen, cuello y escote, brazos, manos, palmas, cara, orejas y cuero cabelludo. La presencia de cualquier lesión, aunque parezca indolente, que sea compatible con una mancha roja o herida que no cura, o que sangra fácilmente; pequeñas ulceraciones frágiles difíciles de cicatrizar; sectores pequeños de piel áspera o rugosa que presenten «cascarita»; lesiones similares a verrugas de crecimiento lento; o la presencia de un lunar o mancha oscura de características diferentes al resto (signo del patito feo), ya sea por su color, tamaño, crecimen-



to, o porque asocie picazón, sangrado o dolor; nos debe orientar a una posible lesión maligna de la piel, y por lo tanto a consultar con el dermatólogo a la brevedad en busca de un diagnóstico preciso y precoz.

Para facilitar la detección de melanoma en forma precoz se ha creado la **regla A-B-C-D-E**, la cual explica que cualquier lunar que cumpla con una de las siguientes características nos debe hacer consultar de forma rápida con un dermatólogo, ya que podría corresponder a un melanoma:

- **Asimetría:** si el lunar es asimétrico en alguno de sus ejes o una de las mitades es diferente a la otra.
- **Bordes:** lunares de bordes irregulares, desiguales, borrosos o dentados.
- **Color:** lunares que presentan colores variados o muchos colores diferentes en la lesión dispuestos de forma no uniforme.
- **Diámetro:** cuando el lunar mide más de 6 milímetros o aumenta de tamaño.
- **Evolución:** si el lunar presenta cambios a lo largo de los meses, ya sea en tamaño o forma, o si aparecen síntomas asociados como sangrado, picazón o dolor.

Diagnóstico precoz: el impacto en el pronóstico del adulto mayor

Además de lo antes mencionado, con el fin de detectar las lesiones a tiempo se recomienda fuertemente realizar como mínimo un control dermatológico anual, donde se valore completamente la piel.

Aquellos pacientes que presenten muchos lunares o lunares atípicos (diferentes al resto), o aquellos que presentan antecedentes personales de intensa exposición solar y/o de cáncer de piel, deben realizar un control general con dermatólogo como mínimo cada 6 meses.

La importancia de la detección precoz radica en que el cáncer de piel detectado en etapas tempranas puede curarse únicamente con cirugía y no requerir otros tratamientos más agresivos, además de que disminuye la afectación de la calidad de vida y la mortalidad asociada al mismo.

Correspondencia: Dr. Julio Magliano. Hospital de Clínicas.
Av. Italia s/n. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico:
juliomagliano@gmail.com

1° de octubre

Día Internacional de las Personas de Edad

Dr. Aldo Sgaravatti

Médico Geriatra

Director Sistema de Cuidados CASMU



En el año 1990 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció que cada 1° de octubre se celebre el Día Internacional de las Personas de Edad.

Este día, que se conmemora en todo el mundo, es un recordatorio para favorecer la toma de conciencia sobre el valor de la prolongación de la vida y la necesidad de favorecer sociedades cada vez más integradoras y justas para todas las personas adultas mayores.

Es un llamado de atención para trabajar en favor de políticas y programas que permi-



tan a las personas de edad vivir en un medio que mejore su capacidad, fomente su independencia y pueda proporcionarles un apoyo y una atención adecuados a medida que las personas van envejeciendo.

El tema de este año 2022 para el Día Internacional de las Personas Mayores es «La

resiliencia de las personas mayores en un mundo cambiante».

La resiliencia, se refiere a la habilidad que posee el ser humano para adaptarse de manera positiva ante situaciones adversas, aplicando este concepto en todas las etapas del ciclo vital. El envejecimiento suele asociarse con situaciones de pérdida de seres queridos, deterioro físico y sensorial, limitación económica, profesional o abandono.

La perspectiva de la resiliencia parte de un enfoque positivo, en el que la persona mayor mantiene sus niveles de funcionamiento de forma tal que le ayudan a afrontar circunstancias adversas. Indica que las personas han logrado mantener la salud física, cognitiva y social, y han hecho adaptaciones para conservar su calidad de vida y bienestar. Las personas resilientes son aquellas que conservan su identidad propia a pesar de los elementos que cambian, como su rol social, imagen corporal, sexualidad, entre otros.

La satisfacción integral de sus necesidades merece entonces respuestas heterogéneas (sanitarias, sociales, habitacionales, etc.), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

La resiliencia requiere necesariamente de un ambiente adecuado, que se adapte a sus requerimientos, un entorno adaptado a sus necesidades y en especial, en lo que a atención sanitaria se refiere, no existen dudas de la necesidad de brindar una atención continuada y escalonada dentro de las diversas estructuras sanitarias que lo asisten en la comunidad.

Desde CASMU comenzamos a cambiar los cuidados de las personas mayores, pasando del clásico modelo centrado en la atención médica, a uno basado en lo preventivo y en el apoyo a la independencia, incentivando los cuidados ambulatorios en el hogar, sobre los cuidados institucio-

nales. Este modelo que ya ha demostrado grandes resultados en otros países ha comenzado a aplicarse desde hace 3 años en nuestra institución.

El Sistema de Cuidados Casmu nace como un modelo de atención diferencial, dedicado a la atención de las personas mayores de 64 años. El tradicional modelo de salud centrado en la enfermedad es sustituido por un enfoque preventivo, promotor de la salud, con un abordaje brindado por un equipo multidisciplinario, el cual trabaja con el fin de dar la mejor atención y contención al paciente y su familia.

Se basa en la detección temprana de aquellas personas que tienen riesgo de enfermar o de presentar mayor necesidad de cuidados, lo que desde la geriatría denominamos personas frágiles.



Tiene como finalidad lograr una adecuada atención de las personas mayores desde una visión integradora, multidisciplinaria cuyo objetivo fundamental es mejorar la asistencia y calidad de vida del paciente y su familia.

Esta estrategia nos permitirá brindar una atención más humana, teniendo como base fundamental el concepto de que «la vida no es solo para vivirla, sino también para disfrutarla, sin límites y sin importar la edad».

XI edición del Concurso de Cuentos de Personas Mayores Escribir para transformar el dolor en arte



117 escritores integran el libro «Cuentos en tiempos de pandemias», que relata historias y vivencias que fueron seleccionadas en el concurso organizado por la IM a través de su Secretaría de Personas Mayores.

Las letras inundaron de emoción la Sala Azul de la Intendencia de Montevideo, que fue sede de la premiación del Concurso de Cuentos de Personas Mayores. 117 escritores y escritoras fueron parte de la emotiva jornada y recibieron el libro «Cuentos en tiempos de pandemia», elaborado de forma colaborativa con los relatos ganadores del concurso literario que se lanzó en el año 2020.

El concurso ya es un evento clásico de la comuna y tiene por objetivo promover la participación activa de las personas mayores.

En esta ocasión la IM, a través de su Secretaría de las Personas Mayores, en contexto de emergencia sanitaria propuso a personas mayores de 60 años presentar un cuento de su autoría que narrara una historia original y real en torno a las pandemias en no más de tres carillas.

El jurado seleccionó 117 cuentos que conforman un libro editado por la Intendencia y que sintetiza la etapa pandémica con historias de vida, miedos, esperanzas, partidas y reencontros, superación humana y resiliencia.



La ceremonia de premiación contó con la participación de la Intendenta, Carolina Cosse, la Encargada de Letras del Departamento de Cultura, Lucía Germano, el Director de la Secretaría de Personas Mayores, Leonel Molinelli, así como de los jurados Gabriel Weiss y Marcos Ibarra.

Construir resiliencia colectivamente

Cosse agradeció la participación, el trabajo y la «contribución colectiva» de todas las personas que fueron parte del concurso: las y los autores, el equipo de la Intendencia, integrantes del jurado, entre otras que también fueron influyentes.

Recordó que detrás de cada escritor y escritora «hay grupos; está la familia, amigos, grupos literarios, el barrio, los recuerdos». Para Carolina, el valor de este libro está en su cercanía con «historias de vida y de reflexión alrededor de una de las tragedias de la humanidad».

Destacó la «construcción permanente», pues «la intendencia de Montevideo no empezó ayer, con una política dirigida hacia los adultos mayores, ni termina hoy». La jerarca llamó a no ser indiferentes y a construir colectivamente, ya que «este es nuestro único planeta», e insistió en la necesidad de proteger el ambiente «en su más profunda concepción», la limpieza, el aire, pero, por sobre todo, «el ambiente entre nosotros, el ambiente intergeneracional por eso hay que cuidar la urgencia de hoy y apostar por las urgencias del futuro».

«Es un privilegio»

Por su parte, el director de la Secretaría de Personas Mayores destacó la fuerte participación de esta población. Sostuvo que durante la pandemia no solo nos afectó el virus, sino el distanciamiento, la soledad, lo emocional. «El libro refleja eso, refleja el impacto que tuvo en nuestra vida, historias de soledad, pero también historias de resiliencia, historias de reencuentro, de adaptación a una nueva vida», afirmó.

Con la sala llena de las y los escritores que dieron vida al libro, el poeta Gabriel Weiss destacó la belleza de haber imaginado los rostros detrás de los relatos y finalmente poder verlos. «Uno trata de imaginar las caras detrás de los cuentos, y las historias, más allá de la historia concreta que está leyendo. La historia es un tejido infinito, cuando leía estos relatos me parecía increíble cómo podemos convertir hechos amargos en una crónica donde se ve la fuerza de hombres y mujeres resistiendo», manifestó.

Marcos Ibarra, otro de los miembros del jurado, destacó la increíble concurrencia que tiene el concurso año tras año. «No existe algo así, es uno de los eventos literarios más importantes», indicó el escritor antes de agregar: «Yo tengo la hipótesis de que este concurso que la Intendencia realiza ya hace años va construyendo una historia de la sensibilidad de Uruguay que no tiene parangón. Está quedando en el registro histórico ese valor».

Ser parte del libro

Eduardo Lapaitis es artista plástico y es el curador de la muestra de artes plásticas de la Secretaría desde hace muchos años. En esta ocasión, el artista también formó parte del libro aportando su arte a la carátula con la obra de su autoría «el mundo contra el covid-19». «Este libro tiene muchísimos cuentos, cuentos sentimentales, cuentos de familia, cuentos en tiempo de epidemia. Por eso me inspiré en esta obra que tiene su mensaje muy sencillo: es el covid en el centro, y es el mundo el que rodea al virus. El mundo somos todos, y todos juntos lo vamos a derrotar», dijo mientras la sala contemplaba su obra.

Chloe Ferret leyó en voz alta su obra «Foto de familia» para toda la audiencia que la miró en silencio y con atención absoluta. Su acento aún conserva una tonalidad francesa que delata una vida llena de historias. Su texto relata las aventuras de dos niños preocupados por el medio ambiente.

La asociación ofrece a sus socios cobertura médica y odontológica.

El compromiso de ANDA por brindar la mejor asistencia en salud

La Asociación Nacional de Afiliados (ANDA), mediante una fuerte apuesta a la innovación tecnológica y a la inclusión de nuevos servicios, elevó los estándares de calidad de atención en sus Servicios de Salud, llegando actualmente a más de 700.000 personas en todo el país con atención primaria en medicina integral y odontológica.

Entre las principales innovaciones, se destaca la incorporación de la primera historia clínica electrónica del Uruguay, con más de 10 años en funcionamiento, la incorporación de los servicios de telemedicina y teleasistencia, y la adquisición de equipamiento de última generación.

El director de los Servicios de Salud de ANDA, Dr. Daniel Bulla, explicó que los avances «son el resultado de una política de trabajo que busca satisfacer las necesidades de los socios y sus familias, ampliando la cobertura a todos los sectores de la sociedad, mediante una propuesta de servicios adecuada a sus diferentes situaciones».

Según afirmó, ANDA es el segundo prestador de salud en cuanto a volumen, después de ASSE, y la institución ha estado presente en diversas reuniones gubernamentales de planificación estratégica en

temas vinculados al área, lo que muestra la importancia adquirida gracias a los avances logrados.

En este sentido, Bulla destacó la complementariedad con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). «Hoy somos consultados y requeridos por casi todas las mutualistas del interior», mencionó y agregó que la propuesta actual implica la universalidad, la accesibilidad y la calidad del servicio. Para ello, anunció la unificación de las prestaciones que se brindan en la Policlínica Central en Montevideo con aquellas que se ofrecen a través de las mutualistas del interior gracias a la teleconsulta.

Sobre este punto, Bulla resaltó que la idea fue facilitar el acceso a la salud a todos los socios que residen en zonas donde no concurren especialistas con asiduidad.

«Tenemos planes específicos para los socios del interior y sin importar la localidad en la que vivan, les damos la posibilidad de realizarse una tomografía y recibir los resultados en 24 horas, porque todas las personas merecen tener las mismas oportunidades», expresó.

Junto a la telemedicina, los pacientes coordinan estudios clínicos y reciben los medicamentos recetados en la puerta de su hogar, «todo con la inmediatez de las principales instituciones médicas», destacó el director.

En cuanto a los servicios odontológicos, mediante equipos de última generación, la aso-

ciación ofrece a sus afiliados estudios imagenológicos bi y tridimensionales de máxima calidad, con evaluaciones y planes de tratamiento al instante. Además, la institución adquirió equipos de laserterapia, imprescindibles para tratar la salud bucal de quienes se someten a tratamientos oncológicos.

Por otro lado, desde 2017, ANDA forma parte del Sistema Nacional de Cuidados con su Programa de Teleasistencia Domiciliaria. Este servicio está dirigido al cuidado de los adultos mayores, fundamentalmente a aque-

llos que tienen una discapacidad leve o moderada, que permanecen solos durante gran parte del día y que pueden requerir atención por cualquier situación de emergencia.

«Somos los segundos prestadores de teleasistencia en Uruguay y tenemos más de 400 pacientes conectados al sistema para brindarles el cuidado que merecen. Esto ayuda a disminuir la institucionalización de los pacientes y da tranquilidad a las familias al saber que alguien está siempre pendiente», concluyó Bulla.

SOLICITÁ UN ADELANTO DE TU JUBILACIÓN EN ANDA



A PARTIR DEL 19 DE SETIEMBRE PODÉS
SOLICITAR UN ADELANTO DEL **50%**
Y COBRAR EL RESTO DE TU JUBILACIÓN
EL **3 DE OCTUBRE DE 2022.**

Acreditá tu dinero
de manera automática
en tu tarjeta DEANDA
y recibilo todos los meses sin
necesidad de moverte de
tu casa



Hipotiroidismo en el adulto mayor

Dra. Beatriz Mendoza
Especialista en Endocrinología y
Metabolismo



¿Qué es la glándula tiroides y cómo funciona?

La tiroides es una glándula pequeña con forma de mariposa que se encuentra en la parte delantera del cuello, apoyada sobre la tráquea, por debajo de la nuez de Adán.

La función de la tiroides es la producción de las hormonas tiroideas. Se definen a las hormonas como aquellas sustancias originadas en un órgano (endocrino) que se liberan a la sangre y que pueden actuar en el mismo órgano o a distancia. Las hormo-

nas tiroideas son la T4 y la T3; para su producción es necesario contar con cantidades suficientes de yodo, que es un mineral que se encuentra en diferentes alimentos y en la sal denominada yodada. Ambas hormonas circulan en el torrente sanguíneo unidas a transportadores y ayudan a regular el metabolismo.

La cantidad de T4 y T3 producida por la glándula tiroides está determinada por las necesidades del organismo, y su producción es estimulada por una hormona secretada por la glándula pituitaria denominada

tirotrofina hipofisaria o TSH. Dependiendo de los niveles de T4 en el cuerpo, la glándula pituitaria produce más o menos TSH para estimular a la tiroides a producir la cantidad suficiente de hormonas tiroideas. Es necesario una adecuada sincronía en todo este sistema, para un buen funcionamiento de la glándula, cuando algo falla se producen las enfermedades de la tiroides.

Las enfermedades de la glándula tiroides ocurren cuando:

1. La tiroides no produce la cantidad adecuada de hormonas, ya sea porque está produciendo demasiada T4 (hipertiroidismo) o porque no la está produciendo de forma suficiente (hipotiroidismo).
2. Existe alguna afección que altera la producción de TSH.
3. Se produce un aumento del tamaño de la glándula, este puede ser de forma difusa, lo que llamamos bocio, o localizada, el cual se denomina nódulo.

El hipotiroidismo primario, es una de las patologías endocrinológicas de mayor frecuencia en todas las etapas de la vida.

¿Qué es el hipotiroidismo primario?

El hipotiroidismo se caracteriza por una producción deficiente de hormonas tiroideas por la glándula tiroides, y se puede clasificar en: manifiesto y subclínico. El déficit manifiesto de hormonas tiroideas define el hipotiroidismo clínico, que se presenta con niveles de TSH elevados y T4 libre baja. El hipotiroidismo subclínico presenta síntomas y signos leves o inexistentes, y se define bioquímicamente por una concentración de TSH por sobre el límite superior del rango de referencia del ensayo y los niveles de hormona tiroidea se mantienen dentro de los rangos de referencia.

El hipotiroidismo predomina en el sexo femenino y aumenta con la edad, 10 % en mujeres > 55 años, 5 % a 20 % en > 60 años.

¿A qué puede deberse el hipotiroidismo?

- Trastorno del sistema inmune en el cual hay una destrucción de las células de la tiroides. Es la causa más común de hipotiroidismo (tiroiditis de Hashimoto).
- Inflamación de la tiroides (tiroiditis).
- Cirugía tiroidea previa, parcial o total.
- El uso de determinados medicamentos.

¿Quién está en mayor riesgo de presentar hipotiroidismo?

- Sexo femenino y mayor de 60 años.
- Cirugía previa en la tiroides.
- Radioterapia de cuello.
- Individuos > 65 años con deterioro cognitivo.
- Antecedente personal de enfermedad que afecte al sistema inmunitario como: artritis reumatoide, lupus, enfermedad celíaca, diabetes tipo 1 y enfermedad de Crohn, entre otras.
- Ser portador de síndrome de Down o síndrome de Turner.
- Uso de medicamentos como: amiodarona, litio, antitiroideos de síntesis, inhibidores de las tirosininasas (sunitinib), interferón alfa o interleucina 2.
- Antecedentes familiares de hipotiroidismo o hipertiroidismo.

¿Cuáles son los síntomas de hipotiroidismo?

Es una enfermedad de carácter subclínico, esto significa que no siempre presenta todos los síntomas característicos, o los mismos son escasos y pueden ser confundidos con otras afecciones o inclusive con los cambios propios del envejecimiento.

Síntomas vinculados con el hipotiroidismo

- Decaimiento y falta de voluntad para realizar las actividades de la vida diaria.

- Debilidad muscular.
- Depresión.
- Dificultad para concentrarse.
- Mareos.
- Intolerancia al frío.
- Aumento de las horas de sueño (12 a 14 horas).
- Piel seca y uñas quebradizas.
- Caída de cabello.
- Aumento leve de peso.
- Constipación.
- Aumento de los niveles de colesterol en sangre.
- Edema de párpados y frecuencia cardíaca baja.

El cuadro será más o menos sintomático según el grado de alteración hormonal, el tiempo de evolución, la edad de la persona que lo presenta y la existencia o no de otras enfermedades concomitantes. Hay un interés creciente en la función tiroidea de los adultos mayores debido a que el hipotiroidismo suele asociarse con alteración de la función cognitiva, riesgo de enfermedad cardiovascular y longevidad.

¿Cómo diagnosticar el hipotiroidismo?

El algoritmo diagnóstico en la mayoría de los casos es primero realizar la medida de TSH en sangre, si este valor da elevado, por encima del valor de referencia, a los 2-3 meses se debe repetir TSH más T4 libre. El argumento de este lineamiento es que los valores de TSH pueden estar transitoriamente elevados y normalizarse en los siguientes meses, situación que puede ocurrir hasta en la mitad de los casos de TSH elevada en la primera muestra. Por lo tanto, son necesarios dos valores elevados de TSH para hacer diagnóstico de hipotiroidismo.

Cuando se interpretan los valores de TSH en el adulto mayor, se debe tener en cuenta, que la TSH aumenta fisiológicamente

con la edad, esto se relaciona con los cambios adaptativos que ocurren en la tiroides durante el envejecimiento. Los valores de T4 libre suelen permanecer estables durante toda la vida.

Valor de TSH en adultos mayores

- Hasta 65 - 69 años límite superior **4,5 mUI/L**
- 70 -79 años hasta **6 mUI/L**
- > 80 años hasta **7,5 mUI/L**

Tener en cuenta estos valores es importante para un correcto diagnóstico y para poder tomar la mejor conducta terapéutica. Una persona de 70 años puede tener un valor de TSH fisiológicamente normal y estable de 6 mUI/L, y esto no necesariamente indica que requiere de tratamiento.

Una vez confirmado el diagnóstico de hipotiroidismo, debemos solicitar la medida de anticuerpos anti tiroperoxidasa (anti TPO), para confirmar la etiología autoinmune; en el 80 % de los casos suelen estar elevados. En la evolución, si bien no es indispensable para el diagnóstico ni para el tratamiento, debemos solicitar una ecografía de tiroides, para valorar tamaño de la misma y la posible presencia de nódulos.



¿A quién debemos tratar y con qué medicación?

En primer lugar, se debe tratar a todos aquellos individuos que tengan hipotiroidismo manifiesto, es decir valores de TSH elevados y T4L (libre) baja.

En el caso del hipotiroidismo subclínico es necesario tratar siempre a aquellas personas con valores de TSH > 10 mUI/L, dado que estos se han vinculado con un mayor riesgo de ateromatosis coronaria y otros eventos cardiovasculares.

Cuando los valores de TSH se encuentran por encima del valor que corresponde a la edad y 10 mUI/L, el uso de medicación es un punto de debate y se debe individualizar según cada caso, no es recomendable su uso de rutina.

El tratamiento indicado es con hormona tiroidea o levotiroxina sódica (T4), la administración de la misma, tiene consideraciones especiales en los pacientes adultos mayores. Es fundamental iniciar el tratamiento con dosis pequeñas es decir 12,5 a 25 µg, y si la tolerancia es buena, se continúan los incrementos en base a la medida de TSH y controles clínicos periódicos.

Se sugiere ingerir la T4 en la mañana 20 a 30 minutos antes de tomar el desayuno, de esta forma se absorbe mejor. Cuando esto no es posible por alguna razón, también puede tomarse antes de dormir. Es importante mencionar que existen muchos medicamentos que pueden interferir con la absorción de la T4, y de esta forma disminuir

su efecto. Entre ellos destacamos: el hierro, el carbonato de calcio, la colestiramina, el hidróxido de aluminio, y el sucralfato. Por esta razón se aconseja tomar estos medicamentos separados al menos 4 horas.

¿Cómo se realiza el seguimiento?

El seguimiento del tratamiento se realiza mediante la medida de TSH en sangre, que debe realizarse con una frecuencia no menor a 8 semanas al comienzo del tratamiento, y luego cada 6 meses a un año una vez establecida la dosis apropiada. El objetivo del valor de TSH dependerá de la edad del paciente y de la presencia de otras afecciones.



Soluciones de la página 19

PASATIEMPOS

7	3	4	9	5	8	1	2	6
5	9	6	2	3	1	8	7	4
8	1	2	7	6	4	9	5	3
6	4	9	3	7	2	5	1	8
1	8	7	5	4	6	2	3	9
2	5	3	1	8	9	4	6	7
4	6	1	8	2	3	7	9	5
3	2	5	4	9	7	6	8	1
9	7	8	6	1	5	3	4	2

8	9	6	2	3	1	7	4	5
2	4	1	9	5	7	6	3	8
5	3	7	4	6	8	1	9	2
7	1	9	5	4	3	2	8	6
3	8	2	1	7	6	4	5	9
4	6	5	8	2	9	3	7	1
1	5	3	7	9	2	8	6	4
9	7	8	6	1	4	5	2	3
6	2	4	3	8	5	9	1	7

D	I	T	R	O	L	E	B	U	S	E	N	C	A	R
A	N	R	U	G	E	V	I	L	O	D	A	I	F	E
T	S	E	M	U	C	A	C	T	L	N	H	R	A	S
E	Q	N	A	J	H	T	G	O	O	D	E	V	Ñ	P
N	U	C	R	O	O	C	R	A	B	I	S	O	E	
I	L	E	T	A	X	I	P	A	D	O	O	T	S	T
T	R	O	N	T	O	L	E	M	N	A	L	E	R	O
A	M	B	I	E	N	C	R	E	S	V	C	G	U	Y
P	E	I	C	L	U	S	A	T	R	E	I	N	D	A
C	L	A	N	C	H	A	B	R	O	T	C	A	R	T
E	S	N	T	I	F	M	E	O	R	D	I	J	X	E
Z	I	T	R	C	E	N	Y	S	A	O	R	D	H	N
O	F	O	C	I	R	E	F	E	L	E	T	C	A	R
A	A	U	T	O	B	U	S	I	H	U	R	O	N	F
P	E	A	S	T	R	E	A	B	A	C	I	A	M	U

- AUTOBUS • AVION • BARCO • BICICLETA • CANOA • CARRO • COCHE
 • GLOBO • LANCHA • METRO • MOTO • PATINETA • TAXI • TELEFERICO
 • TRACTOR • TRANVÍA • TREN • TRICICLO • TROLEBUS • YATE

El desafío de envejecer en entornos urbanos: Las posibilidades de la urbanización para promover un envejecimiento saludable



En un escenario donde ya no envejecen solamente las personas sino también las poblaciones, la llamada «revolución gris»⁽¹⁾ adquiere cada vez mayor relevancia. La situación implica una serie de desafíos que articulan diversas dimensiones que hacen a la complejidad del asunto: los sistemas de seguridad social, los cuidados a largo plazo, la salud, el mercado laboral, la tecnología y la planificación de las ciudades son solo algunas de ellas. A su vez, en el plano de lo simbólico e identitario, este desafío nos invita a reflexionar y a problematizar sobre los discursos hegemónicos en torno a la construcción social de la vejez y el envejecimiento.



Juan Martín Rosa Castro
Licenciado en Psicología

⁽¹⁾ El término revolución gris hace referencia a un conjunto de transformaciones culturales que posiciona como protagonistas de sus propias historias a las personas mayores. Es una revolución que sostiene que cada uno puede tener los años que siente y que la edad puede ser un estado de ánimo.

El proceso modernizador ha generado un aumento en la proporción de personas mayores y una prolongación de los años de vida. Como consecuencia, los países atraviesan un proceso de transformación en la estructura poblacional que se conoce como transición demográfica, caracterizada por el descenso en la mortalidad, el aumento de los años de vida y una disminución de la fecundidad, aspectos considerados como los principales componentes involucrados en el proceso. El ritmo, la velocidad y la dinámica de este proceso son heterogéneos según los países y las regiones, pero lo cierto es que el mundo está envejeciendo aceleradamente. Para 2050 se estima que el grupo de 60 años y más pasaría de un 11 % a representar un 22 % a nivel mundial, lo cual significa que habrá más personas mayores que del grupo de 0 a 14 años, y la principal contribución a este aumento la harán los países en vías de desarrollo (OMS, 2007).

El envejecimiento poblacional se da en un contexto de creciente tendencia a la urbanización de las sociedades, como resultado de un conjunto de intervenciones y medidas que promovieron transformaciones en el siglo pasado y que impactaron en el desarrollo y organización de la vida del ser humano. Las personas mayores no están exentas de este proceso, en los países desarrollados casi un 80 % de la población de mayores viven en ciudades. En los países en desarrollo la cantidad pasará de 56 millones en 1998 a 908 millones de personas mayores aproximadamente en 2050 (OMS, 2007). Uruguay no escapa a estas tendencias y se posiciona como uno de los países más envejecidos de la región con un 14 % de la población mayor a 64 años y con altos niveles de urbanización (95 % vive en ciudades), donde el 87 % de las personas mayores vive en zonas urbanas (Brunet & Márquez, 2016).

En este sentido, las características de una estructura poblacional envejecida y el alto ni-

vel de urbanización de Uruguay introducen el desafío de diseñar y pensar ciudades inclusivas para todas las edades. De hecho, se posiciona el derecho a envejecer como una categoría fundamental para entender los niveles de exclusión y discriminación de nuestras ciudades y comunidades con las personas mayores.

La relevancia de la adaptación de las ciudades en términos de inclusión de las personas mayores

A pesar de la característica predominantemente urbana del envejecimiento, los entornos no responden a las necesidades y particularidades de las personas mayores que emergen como un usuario urbano clave que demandará respuestas.

Varios aspectos demandan una mirada multidimensional de la planificación y el desarrollo urbano con foco en los procesos envejecimiento y vejez, como ser: la infraestructura urbana, las tecnologías, las características de la vivienda, el uso del espacio público, la participación, el vecindario, los arreglos familiares y redes de apoyo, las situaciones de discriminación por edad, el abuso y maltrato.

La OMS define al envejecimiento saludable como el **«proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que le permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Se compone de la capacidad intrínseca (relacionada con la salud física y mental), las características del entorno y la interrelación de ambas»**. Que las personas mayores puedan realizar las cosas que realmente les importa no depende solamente de su capacidad intrínseca, sino también de su interacción con el ambiente y las características del entorno. Esta interacción de la persona con su entorno es lo que se considera la capacidad funcional.

Pensar en ciudades y comunidades amigables con las personas mayores puede habi-

litar nuevas oportunidades económicas. El posicionamiento de un nicho de mercado de servicios y productos orientados a las personas mayores es muy incipiente, pero existen estudios que evidencian el potencial de lo que se conoce como *economía plateada*.

Sin embargo, el desarrollo actual de los entornos urbanos se encuentra influenciado por una mirada estereotipada y prejuiciosa del envejecimiento y la vejez, de tal manera que contribuye a construir las barreras físicas y sociales que limitan las posibilidades de las personas mayores. Esto significa que nos encontramos con espacios públicos que no están pensados para el uso de las personas mayores, cuando creemos que son individuos que no desean ni necesitan salir y participar en la comunidad, ni siquiera para acceder a los servicios de salud, aunque se relacione a la vejez con las enfermedades y la dependencia. También significa que los tiempos del semáforo no estén ajustados a la marcha de algunas personas mayores y sean muy rápidos, lo cual obstaculiza la seguridad en la movilidad de estos usuarios urbanos. Que el transporte público tenga escalones que dificultan el ascenso y descenso, que el mobiliario urbano, como los bancos, sean muy bajo o muy altos, que el ingreso a edificios públicos y privados no cuente con accesibilidad, que se incorpore tecnología sin considerar que una persona mayor puede tener dificultades para usarla, que se realicen eventos sociales y culturales en horarios y lugares que imposibilitan la participación de los mayores, que los principales servicios y productos que se les ofrecen sean los de salud y cuidados, entre otras tantas acciones y comportamientos que responden y refuerzan esos estereotipos y condicionan un envejecimiento saludable y activo. Por lo tanto, los entornos hostiles pueden actuar como reforzadores de los prejuicios y estigmas negativos asociados a la vejez y el envejecimiento (Garrocho y Campo, 2016). Frecuentemente se observa desde diversos ámbitos como la política, la economía, la sa-

lud, la vida cotidiana y otros espacios protegidos de la cultura, una mirada estereotipada de la vejez como una carga para la sociedad, de dependencia, de costos, de fragilidad.

¿Qué son las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores - Age-friendly Cities-?

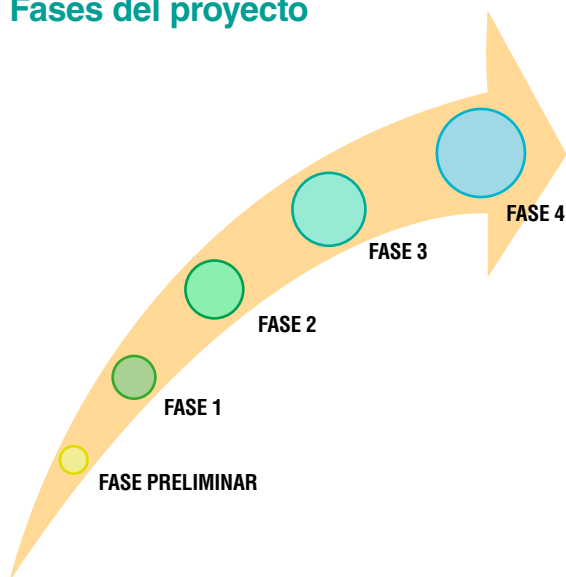
Teniendo en cuenta el contexto de envejecimiento y de urbanización, la OMS ha propuesto una iniciativa global para transformar y desarrollar **Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores (CCAPM)**. La propuesta fomenta a que las personas mayores envejezcan en un hábitat urbano seguro, accesible, donde poder continuar desarrollándose, seguir participando y contribuyendo a las comunidades de forma autónoma, con salud, dignidad y calidad de vida. De esta forma, **las personas mayores se transforman en un recurso valioso de nuestras sociedades, de la familia y de la economía cuando los entornos de vida se vuelven facilitadores para este segmento de la población.** Por lo tanto, el objetivo principal es promover que las ciudades y comunidades se comprometan a adaptar y readaptar sus estructuras y servicios para que sean accesibles e inclusivas con las personas mayores y sus necesidades y demandas, considerando sus limitaciones y capacidades.

Para ello, tiene en cuenta cinco principios estratégicos: «**1.** Reconocer el amplio abanico de capacidades y recursos existentes en la población mayor, **2.** Prevenir y responder con flexibilidad a las necesidades y preferencias de las personas mayores, **3.** Respeto por los diversos estilos de vida, **4.** Proteger particularmente a las personas más vulnerables y **5.** Promover la inclusión social de las personas mayores y sus aportes en todas las áreas de la vida comunitaria» (OMS, 2007).

La estrategia parte de un enfoque participativo, de abajo hacia arriba, que tiene como objetivo conocer las experiencias subjetivas

de las personas mayores en cuanto a la amigabilidad de los entornos urbanos identificando barreras y oportunidades en sus vidas cotidianas. De esta forma, involucra activamente a la población mayor en el análisis de la situación y así generar insumos para la Política Pública. Por lo tanto, las personas mayores son agentes protagonistas de los procesos de toma de decisiones.

Fases del proyecto



- **FASE PRELIMINAR. Implicarse y comprender.**
Evaluación inicial participativa; crear perfil de referencia/punto de partida; difusión de resultados; compromiso político.
- **FASE 1. Planificación.**
Creación de mecanismos de participación de personas mayores; diagnóstico inicial de amigabilidad y adaptación; elaboración del Plan de Acción; indicadores para seguimiento y evaluación.
- **FASE 2. Ejecución.**
Implementación del Plan de acción; seguimiento de los indicadores seleccionados.
- **FASE 3. Evaluación.**
Evaluación de los progresos realizados.
- **FASE 4. Mejora continua.**
Inicio de un nuevo ciclo.

La iniciativa de ciudades y comunidades amigables considera la interrelación de los principales ámbitos de la vida urbana, el entorno físico y social y los procesos de envejecimientos como determinantes de la salud y el bienestar. En esta línea, el proceso incentiva la reflexión, problematización e intercambio en relación a ocho ejes temáticos.

Ejes de trabajo



¿Qué se viene realizando en Uruguay?

Montevideo es la primera y única ciudad del país que se adhirió a la Red Mundial de Ciudades Amigables con las Personas Mayores en 2016. El proyecto tiene su enclave en la Secretaría de las Personas Mayores de la Intendencia de Montevideo con la articulación con otros departamentos de la Municipalidad vinculados al desarrollo social, urbano y movilidad. Se realizaron varios informes situacionales que se vieron complementados con el estudio **Habitar urbano en Montevideo (2016)**. A partir del exhaustivo diagnóstico se desarrolló un **Primer Plan de Acción (2020-2025)** con ejes estratégicos para que la ciudad de Montevideo sea más amigable con las personas mayores.

Experiencias piloto

En el marco de la estrategia general del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para la recuperación socioeconómica del covid-19, dentro del componente de estrategia participativa de cohesión social, se vienen realizando acciones en la zona centro del país (Paso de los Toros, Pueblo Centenario, Carlos



Reyles y la ciudad de Durazno) para llevar adelante un proceso de codiseño de ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, apuntando a incorporar las percepciones y necesidades de las comunidades. Estas experiencias han puesto el foco en la etapa Preliminar de la iniciativa CCAPM, «**Implicarse y comprender**». El proceso realizado ha puesto en el centro la participación de las personas mayores de 60 años para conocer las percepciones de esta población en cuanto a la amigabilidad del entorno físico y social en las respectivas localidades. Del proceso, se concluye, que es necesario construir respuestas que consideren las particularidades de la vejez en el diseño, la organización y planificación de los entornos urbanos de tal forma que promuevan un envejecimiento saludable.

La Fundación Astur se sumó al proceso a través de un acuerdo de cooperación institucional con el PNUD – Uruguay con el objetivo de desarrollar e implementar diseños urbanísticos y soluciones tangibles que den respuestas a los desafíos que presentan los entornos físicos y sociales según la percepción de las personas mayores de las localidades. Asimismo, se llevó adelante la planificación de un encuentro intergeneracional en la ciudad de Durazno para la cocreación de ciudades amigables con las personas mayores. Esto no solo enriqueció el proceso participativo, sino que la propia actividad es una acción amigable que promueve espacios de participación, intercambio, respeto e inclusión que contribuye a elaborar entornos físicos y sociales amigables con todas las edades.

En la ciudad de Durazno, en instalaciones

de la UTEC y con participación de sus estudiantes se llevó a cabo un taller intergeneracional para pensar juntos una ciudad más amigable con las personas mayores. Surgió la intervención de diferentes zonas de la ciudad, con mobiliario y accesibilidad. En la ciudad de Paso de los Toros se está reformando un espacio de la comuna para actividades de participación comunitaria e intergeneracional. Por su parte, en Pueblo Centenario y Carlos Reyles, se instalarán bancos y mesas especialmente diseñados para personas mayores en los espacios públicos más utilizados. La Fundación Astur está a cargo de la implementación de estas intervenciones en las cuatro ciudades.

En términos generales, se identifica que: para que un entorno promueva un envejecimiento saludable, y considerando que la iniciativa de CCAPM contribuye a este, hay que tener en cuenta que la capacidad funcional de las personas mayores, es decir, lo que realmente pueden y desean hacer, dependerá por un lado de su capacidad intrínseca, que involucra aspectos físicos y mentales, y de su relación con el entorno. A su vez, resulta fundamental un cambio de paradigma sobre lo que sociedad considera y cree que es el envejecimiento y la vejez.

Bibliografía

BRUNET, N. Y MÁRQUEZ, C. (2016). *Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Trilce.

GARROCHO, C. Y CAMPOS, J. (2016). *Segregación socioespacial de la población mayor. La dimensión desconocida del envejecimiento*. El Colegio Mexiquense, A. C.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Ciudades Globales Amigables con los Mayores: Una Guía*. Biblioteca de la OMS, 2007.

Desde hace 22 años preside el Liverpool Fútbol Club, y desde hace más de 30 gestiona la empresa conocida como «Molino Puritas»

José Luis Palma

«La voluntad es como una caja de ahorro»

Para José Luis Palma lo más importante en los seres humanos es la voluntad. Esto es lo que le ha permitido alcanzar grandes logros en su vida y superar pérdidas dolorosas. Para él lo material es importante, pero debe estar al servicio de la vida, la amistad y la familia.

Cada madrugada al despertarse, José Luis Palma tiene una batalla interna contra lo que él llama «el topo».

«Le doy ese nombre a un ser inferior que está dentro nuestro y nos acompaña hasta el último momento de nuestra vida. El topo nos tira, no nos levanta, si a las 3:00 AM el topo me gana la pulseada, se transforma en un gigante», dice.

Para él, lo más importante en un ser humano es la voluntad, «que es lo que nos distingue realmente del resto de la creación».



«La voluntad es como una caja de ahorro, uno encuentra ahí los recursos para poder enfrentar las situaciones difíciles», comenta.

Hijo de padres tamberos, nació y se crio en Rincón del Cerro, en la zona de Pajas Blancas.

Cuando llegó a la edad escolar se mudó a Belvedere y se instaló en la casa de sus abuelos maternos para asistir al Colegio San Francisco de Sales, porque su madre quería darle una educación católica.

Allí comenzaron sus primeros acercamientos al Liverpool F.C., del que muchos años después sería presidente.

Cursó secundaria en el Liceo Bauzá y luego se anotó en la Facultad de Humanidades para formarse en lo que hasta hoy considera su vocación: la Filosofía. Pero la agitación política y social de la década de los 70 no le permitió realizar los cursos con normalidad y finalmente abandonó para dedicarse a la actividad tambera, aunque continuó estudiando de forma autodidacta.

En 1974 debió afrontar una de las grandes pérdidas de su vida, el fallecimiento de su único hermano que en ese momento tenía 21 años, uno más que él.

«Sufrí muchísimo la pérdida directa de un ser muy querido, pero además tuve que absorber el sufrimiento de mis padres», recuerda.

La vida volvió a darle un golpe duro durante su segundo matrimonio, cuando falleció su esposa y debió hacer «de padre y madre a la vez», con cuatro niños a cargo de entre 4 y 8 años.

En la década de 1990 incursionó en lo que es su actividad principal hasta el día de hoy, la industria alimenticia.

De los cuatro matrimonios que tuvo nacieron seis hijos. De ellos, cinco trabajan con él en la empresa conocida como «Molino Puritas».

«Ingresé a una empresa que ya tenía 80 años de vida, y había entrado en crisis en manos de los accionistas anteriores. Como estaba a punto de cerrar, canjee la deuda por acciones y me hice cargo de lo que era Puritas en ese momento», relata.

Finalmente la empresa quebró, pero sus hijos continuaron con el emprendimiento, que sigue teniendo el nombre fantasía de Puritas pero con una razón social diferente. Si bien mantiene su línea tradicional de productos como polenta, cocoa, avena, fi-

deos, puré instantáneo, etc., «ha ampliado su actividad transformándose en importadora de alimentos que ya no se producen en Uruguay», cuenta Palma, que al día de hoy se encarga de gestionar la empresa.

Puritas está instalada en una zona de Montevideo de bajos recursos, y la mayoría de la mano de obra no calificada son personas que residen allí. Ocupa a 450 personas en forma permanente, la mayoría de ellas mujeres.

Palma relata con orgullo que en 32 años de actividad con su familia, nunca se ha enviado a nadie al seguro de paro.

«Es una consigna que tenemos. Nuestra responsabilidad es que las puertas de la empresa se abran todos los días y no cortamos el hilo por la parte débil», afirma.

A sus 68 años, comienza su rutina muy temprano en la madrugada. Se levanta 3:00 am para hacer ejercicio, hábito que adquirió de sus épocas de boxeador, disciplina en la que llegó a ser campeón nacional de boxeo en la categoría de peso pesado.

Trabaja muchas horas por día, por lo que tiene su vida «muy organizada». A lo largo del día duerme mini siestas de 10 o 15 minutos, y en la noche unas cuatro horas de sueño continuo.

«Empezar a trabajar tan temprano, me permite disfrutar de las horas de más energía, estar listo y alerta para resolver los problemas cotidianos de la empresa», comenta.

«Si a las 5:00 AM choca un camión, a las 6:00 AM se rompe una máquina de fideos, luego me avisa un vendedor que no le quieren pagar una factura, y yo vengo a las 10 de la mañana, cuando llego, todo eso me está esperando», relata.

La mayor parte de su tiempo se distribuye entre su trabajo en la empresa y sus tareas

en el Liverpool F.C., institución que preside desde hace 22 años y que hoy tiene 107 años de historia.

«Yo era simplemente un hincha que iba a la cancha como cualquiera, y me fueron a buscar para ser candidato», recuerda.

«Tomé un club en un estado de situación muy malo. En estos años pude hacer los cambios necesarios para que hoy se considere que Liverpool es una isla, porque tiene superávit financiero, no tiene deudas, y todo eso se reinvierte en infraestructura», señala Palma.

Hoy en día el club es propietario de las fichas de todos sus jugadores, tiene un patrimonio importante en inmuebles entre su sede, su estadio, los lugares de concentración del plantel principal y un complejo deportivo que se está terminando de construir.

De allí han surgido jugadores de gran proyección como Sebastián Cáceres y Nicolás de la Cruz, que hoy integran el plantel Celeste que viajará al Mundial de Catar este año.

Además, el club brinda alojamiento y educación básica para 25 adolescentes del interior del país. «Controlamos los estudios o les damos lo básico de computación e inglés, reciben las cuatro comidas diarias, todo eso con dinero propio», comenta Palma.

Según él, todo esto contradice la creencia de que el fútbol es inviable como empresa.

En este sentido, recuerda que en Uruguay los clubes de fútbol son asociaciones civiles o sociedades anónimas deportivas «que tienen beneficios fiscales extraordinarios».

«Como actividad tiene lo lúdico, que es maravilloso, pero como empresa también, si está bien administrada. Si no es rentable, es porque se está administrando mal», afirma. En estos últimos tres años Liverpool obtuvo cuatro campeonatos en primera división.



Recientemente además, el club logró un gran triunfo de la mano del fútbol femenino, ya que el plantel Sub 14 salió campeón sudamericano por primera vez en Paraguay.

«Estamos hablando de gurisas de 13 años. El triunfo en Paraguay nos permitió ir a Miami a un campeonato aún más exigente», cuenta. Las chicas del Sub 14 también levantaron finalmente la copa en Orlando, tras ganar la CONMEBOL Magic Cup.

«El fútbol femenino genera mucha adhesión del entorno. El abuelo, la abuela, el primo van a la cancha, entonces Liverpool amplía su base social a través del fútbol femenino», expresa Palma.

De alguna manera, en el fútbol y en su club encontró una forma de devolverle a la sociedad lo que él ha recibido.

«Una forma de dar, es tener a miles de hinchas satisfechos, felices, orgullosos viendo a sus ídolos todos los fines de semana», manifiesta.

Si bien reconoce que lo material y el dinero son importantes en el mundo en que vivimos, «tienen que estar al servicio de la salud, de la vida, de la amistad, el amor y la familia», finaliza.

Dejando huella...



... como la que dejaron los homínidos que precedieron al Hombre y que mostraban indicios de un pie desarrollado muy similar a los actuales. Su rol es considerado fundamental en la evolución y en la historia humana, no por casualidad es que su protección con calzado data de hace más de 40.000 años. Los pies fueron y serán determinantes para conservar al individuo autoválido.

1.300 años antes de Cristo los egipcios acostumbraban lavar los pies de sus nobles y remover impurezas para su cuidado, práctica que continúa por siglos. Así en la Biblia encontramos múltiples referencias al tema, con connotaciones quizá distintas ya que el lavado de pies agregaba más significado. «Luego

echó agua en una vasija, y comenzó a lavar los pies de los discípulos y a secárselos con la toalla que tenía ceñida» (Juan 13:5)



Pero a lo largo de la historia y en distintas culturas el cuidado no fue lo primordial, como es el caso de China del siglo X, donde las mujeres hermosas debían contar con pies extremadamente pequeños y para tal fin éstos eran sometidos a vendajes compresivos para evitar su crecimiento

desde muy temprana edad, llegando a medir 10 centímetros en la etapa adulta, con las consecuentes deformidades dolorosas que esta práctica advenía.

En el Renacimiento los grandes maestros de la escultura y la pintura dieron a los pies un valor descriptivo excepcional en sus obras.

Los pies pues, tienen tal relevancia porque son quienes soportan nuestro peso, manteniendo la movilidad de nuestro cuerpo y permitiendo la deambulación; y deambular es signo de poder, de autogestión.

Estructura

Todo el peso del cuerpo se distribuye sobre tres pilares óseos localizados en el pie; las cabezas del primer y quinto metatarsiano (primer y quinto dedo) en su sector anterior, y las tuberosidades del hueso calcáneo (talón) en el sector posterior. Estos tres puntos de apoyo determinan tres arcos entre ellos que son uno anterior, uno interno y otro externo.

La conservación de estas estructuras anatómicas es primordial para que el peso del cuerpo se distribuya en forma homogénea sin causar lesiones.

Modificación del pie en las personas mayores

Con el paso de los años y factores propios del envejecimiento, sumados a otros externos adquiridos a lo largo de la vida, se producen modificaciones en los distintos órganos.



PUNTOS DE APOYO

Los músculos pierden su tono y fuerza así como los ligamentos se vuelven más laxos. Aparecen signos de osteoporosis y a veces artrosis en las articulaciones. También baja la cantidad de grasa, sobre todo en la planta de pie. La piel disminuye su elasticidad, al igual que en toda la superficie corporal, y las uñas pueden presentar mayor engrosamiento y fragilidad lo que facilita la presencia de hongos a ese nivel.

El tratamiento que le dimos a nuestros pies a lo largo de la vida; esto es la obesidad por sobrecarga, el sedentarismo, el uso de calzado inadecuado, una profesión que obligue a permanecer mucho tiempo parados, los traumatismos, la higiene deficitaria y patologías como las neurológicas o vasculares; influye en su estado.

Problemas frecuentes del pie del adulto mayor

Hallux valgus (juanete) y dedos en martillo

Son deformidades frecuentes que consisten en un desplazamiento con subluxación lateral del primer dedo. La deambulación con estos defectos suele ser muy dolorosa. El uso de calzado de tamaño menor al necesario es una de las causas de esta patología.

Los callos

Se producen por irritación reiterada de una zona del pie, en general porque alguna de las regiones del pie, como los arcos, no conservaron su estructura normal. «Al caer» la altura de alguno de los arcos del pie, zonas que no están preparadas para soportar peso comienzan a hacerlo, y es por eso que se engrosan los tejidos a ese nivel.

Infecciones de la piel y las uñas

Pueden evolucionar a lesiones que, en determinadas personas con enfermedad vascular o diabetes, determinan serios problemas. El engrosamiento de las uñas, llamado «onico-grifosis» por verse como un grifo, y la presencia de hongos, son las más frecuentes.

Dolor plantar

Como lo expresamos antes, se asocia frecuentemente a la disminución de la grasa en la planta de pie y a lesiones. La inflamación del tejido fibroso, llamada fascitis plantar, es una patología muy dolorosa, que se presenta también asociada a la edad, la obesidad y a la permanencia de pie por largos períodos.

Pie plano

Se presenta como la notable falta del arco interno del pie. Aparte del dolor sobre todo en el talón, el mal apoyo por esta afección genera enfermedad en las rodillas por mala distribución del peso del cuerpo.

Cuidado del pie

El principio básico para la conservación de los pies en buen estado es la higiene adecuada de los mismos. En las personas mayores con limitaciones de la movilidad, esto que aparenta ser muy sencillo, se dificulta por no poder acceder fácilmente a ellos. Se requiere ayuda de otra persona para completar adecuadamente con esta tarea.

El lavado será diario, con agua y jabón y meticuloso secado de piel, de los espacios interdigitales y uñas. La utilización de un secador ayuda a eliminar restos de humedad y así evitar la progresión de enfermedades por hongos. La piel y uñas húmedas generan una maceración, se ven zonas blanquecinas, y es allí donde se producen aberturas por las que ingresan los microorganismos.

Un pie inmóvil es pasible de lesiones, fomentemos el ejercicio, la movilidad o masajes, según la limitación del adulto.

El calzado debe ser adecuado, de tamaño acorde al pie, ni más pequeño ni mayor; debe sujetar sin apretar. En lo posible, de materiales naturales blandos como cuero o fibra de algodón, lo que permite la respiración y así evitar la acumulación de humedad. La sujeción del talón aumenta la estabilidad y evita el chancleteo. En perso-

nas con dificultades articulares se sugiere elegir una forma de sujeción fácil como el velcro. Tacos de entre 3 y 5 centímetros ayudan a la buena postura, evitando que el eje del cuerpo se desplace hacia atrás o hacia delante. Las suelas rugosas ayudan a un desplazamiento más seguro.



Son preferibles las medias de fibra natural que ayudan a la respiración, con liga laxa que favorezca la circulación sanguínea.

Y cuando la oportunidad se presente...

¡Caminemos descalzos! En muchas publicaciones veremos que se habla del «Earthing», una forma de desbloquear las emociones contenidas cuando sufrimos de estrés y ansiedad. Si bien esta sensación de bienestar es muy subjetiva, sí podemos hablar de los beneficios del andar descalzo: Mejora la estructura anatómica, activa la circulación, da fuerza a los músculos y ligamentos y hasta calma el dolor de espalda.



Tresvit D CB

Vitamina D₃ (Colecalciferol) | CÁPSULAS BLANDAS

La cápsula de Vitamina D₃

Nueva presentación
en cápsulas blandas



Aporta 100.000 UI de
vitamina D₃ por dosis

- Prevención y tratamiento de la deficiencia de vitamina D.
- Asegura niveles deseables de vitamina D.
- Rápida corrección del déficit vitamínico.
- Cómoda posología que asegura la adherencia.



FÓRMULA:
Cada cápsula blanda contiene
Vitamina D₃ (Colecalciferol) 100.000 UI.

PRESENTACIÓN:
Envase con 1 cápsula blanda.

Tresvit D

Vitamina D₃ (Colecalciferol)

La opción más efectiva
de Vitamina D



FÓRMULA:
Cada frasco monodosis contiene:
Vitamina D₃ (Colecalciferol)
100.000 UI (2,5 mg).

PRESENTACIÓN:
1 frasco ampolla.



Baliarda

— 50 —
años

www.baliarda.com.uy

En CASMU estamos para cuidarte,
por eso te brindamos estos consejos para una mejor calidad de vida...

¿CÓMO LEVANTARSE LUEGO DE UNA CAÍDA?



¿SABÍA QUÉ?...

- ❖ Uno de cada tres adultos mayores sufre una caída al año.
- ❖ La mayoría de las caídas ocurre en casa (62%) y en menor medida en la vía pública (26%).
- ❖ Los lugares de la casa donde ocurren con mayor frecuencia son: el baño, la cocina, el dormitorio, patios y escaleras.
- ❖ El 6 al 10% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas y el 5% requiere hospitalización.
- ❖ Tras una caída muchas personas presentan dificultades para continuar haciendo sus actividades diarias volviéndose DEPENDIENTES.
- ❖ La mayoría de las caídas se pueden prevenir.

Por afiliaciones comunícate al 1444

¡PREVENCIÓN!

- ❖ Hacer ejercicio regularmente (30 minutos, 2 a 3 veces por semana) para mantener la fuerza, la coordinación y la velocidad de reacción.
- ❖ NO AUTOMEDICARSE. Controle la medicación con su médico tratante.
- ❖ El suplemento de vitamina D previene caídas y fracturas. Consulte a su médico.
- ❖ Realice control con oftalmólogo anualmente.
- ❖ Realice CONTROLES médicos periódicos cada 6 meses y siempre luego de haber tenido una caída.
- ❖ Consulte si tiene dificultad al caminar (inestabilidad, dolor, limitación).
- ❖ Evite movimientos bruscos al sentarse o pararse, si presenta mareos.
- ❖ Realice CAMBIOS EN EL HOGAR para lograr mayor seguridad.